

公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会  
**●正会員【A:医師・B:医師以外個人会員】 入会申込書**

◆ご記入日 20 年 月 日

会員種別 (正会員:個人会員)	<input type="checkbox"/> A 会員(医師のみ) A・B いずれかにチェックをして下さい。 <input type="checkbox"/> B 会員(医師以外個人会員) ※↓B 会員の場合、こちらをご記入ください。 ※ <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )										
年会費振込先	【金融機関からの振り込み】 ゆうちょ銀行 当座 ○一九店(ゼロイチヨウ店) 0081128 日本人間ドック学会 【郵便振替の場合】 00150-5-81128 日本人間ドック学会										
年会費振込日	20 年 月 日	振込人名義									
ふりがな					性別		男性・女性				
氏名											
生年月日	年 月 日	医師免許(登録番号)			※A 会員のみ記入						
E-mail	@										
	<input type="checkbox"/> メール配信を希望する				<input type="checkbox"/> メール配信を希望しない						
有資格のものに✓ してください	<input type="checkbox"/> 認定内科医(内科学会)		<input type="checkbox"/> 基本19専門医(外科認定登録医)								
	<input type="checkbox"/> 認定産業医(日本医師会)		<input type="checkbox"/> 人間ドック健診情報管理指導士								
	<input type="checkbox"/> 遺伝学的検査アドバイザー										
勤務先	マルで囲んで記入してください 施設区分(いずれかを)	01	厚生労働省	06	国(その他)	11	北海道社会事業協会	16	船保会	21	医療法人
		02	独立行政法人国立病院機構	07	都道府県	12	厚生連	17	健保及び連合	22	学校法人
		03	国立大学法人	08	市町村	13	国保連	18	共済及び連合	23	会社
		04	独立行政法人労働者健康福祉機構	09	日赤	14	全社連	19	国保組合	24	その他法人
		05	その他公的	10	済生会	15	厚生団	20	公益法人	25	個人
	ふりがな										
	施設名										
所属部署					役職名						
郵便番号	〒 -										
住所	都道府県										
TEL	-				FAX		-				
自宅	郵便番号	〒 -									
	住所	都道府県									
	TEL	-				FAX		-			
連絡先(資料等送付先)	入会後の通知および資料は(勤務先・自宅)あてに送付 ※未記入の場合は勤務先										
入会理由 (入会動機・学会への期待等)											
個人情報取扱いについて	個人情報の取扱いについて(別添の「個人情報の取扱いについて」をご覧ください。 当学会の個人情報の取扱いについて同意いただける方は、「同意する」にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない										

【送付先】〒102-0075 東京都千代田区三番町 9-15 ホスピタルプラザビル 1 階  
 日本人間ドック・予防医療学会 入会申込 係  
 FAX:03-3265-0083 TEL:03-3265-0079

●ご入会にあたっての注意事項●

※原則として、主として勤務している施設(最も勤務時間の長い施設)の住所を登録住所地とする。  
 ※ご登録内容に変更が生じた場合は、すみやかに変更届をご提出下さい。

## 個人情報の取扱いについて(会員用)

### 1. 個人情報の利用目的

- ・会員登録情報管理のため。

### 2. 個人情報の提供

以下の場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ないで、個人情報を提供することはありません。

- ・法令に基づく場合。
- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

### 3. 個人情報の委託

個人情報の取扱いの全部または一部を委託することがあります。委託にあたっては、十分な個人情報の保護水準を満たしている者を選定し、委託を受けた者に対する必要、かつ適切な監督を行います。

### 4. 個人情報の開示等の求めについて

個人情報の「開示等のご請求」につきましては、以下の「個人情報に関わる苦情・相談窓口」で受け付けております。本法人の「開示対象個人情報の取扱いについて」に基づき、遅滞なく回答いたします。

### 5. 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な個人情報をご提供されない場合には、上記利用目的の業務を履行できない場合があります。

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉

公益社団法人日本人間ドック・予防医療学会

〒102-0075 東京都千代田区三番町 9-15 ホスピタルプラザビル 1F

個人情報保護管理者(兼 苦情・相談窓口責任者):総務課

TEL:03-3265-0079 FAX:03-3265-0083